FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1878 — **THÈSE** — N° 65

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 23 *février, à* 1 *heure.*

Par CHARLES DEHERGNE

Né à Saint-Jean-de-Corbouë (Loire-Inférieure), le 17 juillet 1848

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

POLYPES ET CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Président : M. GOSSELIN, *professeur.*

MM *Juges :* BALL, *professeur.*
RIGAU, BERGER,, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1878

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen........................ M. VULPIAN.

Professeurs..................	MM.
Anatomie..................................	SAPPEY.
Physiologie..............................	BÉCLARD.
Physique médicale.....................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle et médicale............	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique.....................	CHARCOT.
Histologie..................................	ROBIN.
Opérations et appareils..................	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.......	GUBLER.
Hygiène....................................	BOUCHARDAT
Médecine légale...........................	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale....	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique de pathologie mentales et des maladies de l'encéphale....................	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements................	DEPAUL.

Doyen honoraire: M. WURTZ.

Professeurs honoraires :
MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau..............	MM. N.
— des maladies des enfants............	N.
— d'ophthalmologie.......................	PANAS.
— des maladies des voies urinaires.........	N.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques..........................	Marc SÉE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A M. HOUEL

Agrégé de la Faculté, Conservateur du Musée.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

A MON AMI SCHWARTZ

Prosecteur des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

POLYPES ET CORPS FIBREUX

DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION.

Le titre de notre travail indique ce qu'il doit être. Ce n'est pas un symptôme nouveau des corps fibreux, un point anatomique nouveau, que nous voulons décrire ; nous désirons attirer l'attention sur une particularité que présente l'accident le plus fréquent, sinon le plus grave de ces tumeurs : l'hémorrhagie utérine. Les tumeurs fibreuses de

l'utérus, bénignes en elles-mêmes, dit M. le professeur Guyon, sont graves par les hémorrhagies qu'elles produisent.

Nous avons eu souvent l'occasion d'observer, dans les hôpitaux, des corps fibreux et des polypes. Notre attention a toujours été attirée sur ce point, que l'hémorrhagie était beaucoup plus abondante quand la tumeur siégeait au col.

Pour attester ce fait, nous présentons quelques observations personnelles. M. Schwartz, prosecteur des hôpitaux, a eu l'obligeance extrême de nous en communiquer un certain nombre. M. Schwartz, a été toujours pour nous un excellent ami et un excellent guide : nous sommes heureux de pouvoir, en cette circonstance, lui témoigner toute notre gratitude.

Nous ne ferons pas l'histoire complète des tumeurs fibreuses et des polypes de l'utérus. Nous ne voulons pas entrer dans les détails anatomiques de l'organe. Nous nous bornerons à quelques considérations générales sur la structure de l'utérus, aux différences que présentent la muqueuse du corps et celle du col. Nous parlerons ensuite du processus anatomique des tumeurs qui nous occupent, pour arriver promptement aux symptômes.

ANATOMIE.

A la surface externe comme à la surface interne de l'utérus, un rétrécissement qui siége à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs divise l'organe en deux parties, le corps et le col. Le corps et une partie du col sont libres dans la cavité abdominale et maintenus par des ligaments. La partie inférieure du col fait saillie dans le vagin et adhère à la tunique musculaire de ce conduit, à une certaine distance de son extrémité.

On distingue dans l'utérus trois tuniques : une externe ou séreuse, une seconde ou moyenne musculaire, une troisième interne muqueuse.

1° La tunique séreuse est représentée par les feuillets du ligament large qui passe en avant et en arrière de l'utérus. Cette tunique séreuse est intimement unie à la tunique musculaire. M. Rouget a démontré que des plans musculaires s'étendent des bords latéraux de l'utérus dans les ligaments larges.

La tunique musculaire a été étudiée par MM. Hélie et Chenantais de Nantes. Cette tunique est composée de trois couches se continuant entre elles dans certains points, par un échange réciproque de faisceaux.

La couche superficielle comprend un faisceau médian à fibres longitudinales et des faisceaux à fibres transversales.

La couche moyenne est composée de faisceaux plexiformes. C'est dans cette couche que l'on trouve les principaux troncs vasculaires de l'utérus.

La couche profonde se compose, au niveau des ouvertures des trompes, de faisceaux de fibres concentriques; vers la partie inférieure, autour du col, les fibres s'enroulent circulairement, et s'entre croisent obliquement sur la ligne médiane.

Quoique la membrane muqueuse de l'utérus soit la plus épaisse que l'on rencontre dans l'économie, on a longtemps contesté son existence. Malgaigne disait. « Les polypes fibreux sont entourés par une membrane d'enveloppe que l'on attribuait à la muqueuse utérine, ce qui est une opinion insoutenable, depuis qu'un grand nombre d'anatomistes ont nié avec raison l'existence de cette muqueuse. »

La muqueuse du corps à sa plus grande épaisseur vers la partie centrale. Elle est de trois à six millimètres pour M. Coste; de un à deux seulement pour M. Sappey. Cette épaisseur augmente au moment de la menstruation.

La couleur de la muqueuse est d'un blanc rosé: sa surface, ou couche épithéliale, est lisse, sans rides, mais criblée d'orifices, qui sont les embouchures de follicules, et recouverte de cellules coniques de trois à quatre centièmes de millimètre de diamètre, à base pyramidale, munie de cils vibratiles, dont les mouvements s'opèrent de bas en haut. La couche profonde est constituée par un tissu conjonctif embryonnaire, c'est-à-dire riche

en corps et noyaux fibro-plastiques, D'après M. le professeur Robin, la muqueuse du corps contient un grand nombre de capillaires.

La muqueuse du col est plus blanche, plus consistante, moins épaisse. Elle est ridée, tapissée en haut d'une couche épithéliale cylindrique, en bas d'épithélium pavimenteux. M. Cornil, distingue dans le col trois espèces de glandes : les unes sont de simples dépressions, les autres présentent deux ou trois culs-de-sac qui s'ouvrent dans un canal excréteur commun ; les troisièmes sont des glandes composées, consistant en un conduit principal, qui présente parfois sur son trajet des culs-de-sac pariétaux, et se divise lui-même en deux ou plusieurs conduits secondaires, qui se terminent par des culs-de-sac multiples.

Les deux artères les plus importantes de l'utérus sont les deux artères utérines, branches des hypogastriques. L'utérus reçoit de l'aorte les artères utéro-ovariennes, et l'épigastrique lui envoie deux rameaux assez grêles.

Les artères situées au-dessous des ligaments larges se dirigent vers la partie inférieure du col, pour se réfléchir alors et se porter en haut et en dehors.

L'utérus possède un système veineux très-développé. Les veines, pour la plupart, sont volumineuses. Dans la grossesse, leur calibre est assez fort pour qu'on leur donne le nom de sinus. Les veines intra-utérines constituent des branches qui

s'anastomosent entre elles à leur point d'émergence, et forment deux vastes plexus. Deux troncs partent inférieurement et suivent les artères utérines pour aller se jeter dans les veines hypogastriques. Deux autres troncs accompagnent en haut les artères utéro-ovariennes et se terminent, à gauche, dans la veine rénale ; à droite, dans la veine cave inférieure.

Les nerfs de l'utérus émanent du plexus hypogastrique. un grand nombre d'anatomistes nient que le col reçoive des filets nerveux. Telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Richet, qui a pu conduire quelques filets jusque vers le milieu de la hauteur du col.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont des excroissances des parois utérines, d'une structure semblable à celle du tissu utérin. Quant à leur nature, les polypes fibreux ne diffèrent pas des corps fibreux. Ils n'en sont distincts que par l'exitence d'un pédicule qui les rattache à l'utérus.

Cruveilhier pensait que ces tumeurs sont formées du tissu fibreux le plus dense que l'on connaisse. Lebert a démontré qu'elles sont constituées par des éléments fibreux, mélangés avec des fibres cellules, qui sont les partics caractéristiques des muscles de la vie organique. Ces fibres-cellules sont loin de constituer la masse la plus importante

de la tumeur, D'après M. le professeur Robin, elles ne figurent jamais dans sa composition pour plus de la moitié.

Le tissu des tumeurs fibreuses est donc tout à fait semblable à celui de la paroi musculaire de la matrice. On comprend, que des anatomistes se soient demandé si elles n'étaient pas dues à l'hypertrophie du tissu utérin. Mais si l'on examine les hystéromes, dit M. le professeur Broca, alors qu'ils ont le volume d'un grain de millet, on peut les énucléer facilement avec une aiguille et s'assurer qu'ils ne sont nullement en continuité avec le tissu utérin. Ce ne sont pas des hypertrophies, ce sont des néoplasmes qui en s'accroissant revêtent la structure du tissu utérin.

Cruveilhier avait remarqué la non-continuité du tissu des corps fibreux avec l'utérus. Ils en sont, en effet, séparés par une cellulosité lâche, qui remplit les fonctions de kyste d'isolement et qui permet l'énucléation des tumeurs.

Les polypes s'entourent dans l'utérus d'une cavité en rapport avec leur forme. Autour de cette cavité, la muqueuse utérine est hypertrophiée et présente une augmentation de vascularité qui peut être énorme.

La structure des corps fibreux est très-dense : leur forme est, en général, sphérique ; leur tissu est blanc, mat ou nacré.

Les auteurs sont loin de s'entendre sur la question de vascularisation des corps fibreux de l'uté-

rus. Jamais de vaisseaux dans la tumeur, dit M. Gallard ; au contraire, ils sont très-nombreux dans la loge qui l'entoure. Cruveilhier admet une circulation veineuse à l'intérieur de la tumeur. Ces veines, dont le développement est en rapport avec la vitalité des corps fibreux, se jettent dans un réseau superficiel très-considérable entourant la tumeur. Ce réseau entièrement veineux communique largement avec les veines de l'utérus. Ces veines elles-mêmes ont acquis un calibre proportionné au volume des corps fibreux et au développement que le tissu utérin a subi.

Nous croyons avec M. le professeur Broca que les hystéromes renferment des vaisseaux, en général peu nombreux et peu volumineux eu égard au volume de la tumeur, mais que cependant, dans certains cas, il existe, outre des veines, des artères capables de produire de sérieuses hémorrhagies.

On n'a jamais trouvé de nerfs dans le tissu des corps fibreux. Il faut citer cependant la tumeur présentée en 1873 à la Société anatomique par M. Hanot. Dans cette tumeur fibreuse de l'utérus, on rencontrait de grands sinus veineux et de véritables plexus nerveux, formés de branches grosses comme celles du plexus cervical superficiel.

Depuis l'époque où a été appliqué à la cure des polypes le traitement chirurgical par l'excision, on a toujours discuté la question des vaisseaux du pédicule. Tous les chirurgiens admettent des vaisseaux dans la muqueuse du pédicule, vaisseaux

qui donnent les battements qui parfois ont été sentis.

Velpeau niait la présence au centre du pédicule de vaisseaux allant directement de l'utérus au fibroïde. M. le professeur Guyon croit à leur existence; il a pour lui l'autorité de Dupuytren.

Tous les points de la matrice peuvent être le siége de tumeurs fibreuses. Cependant elles sont plus fréquentes au corps qu'au col.

Le plus généralement au début, elles sont profondes ou centrales, c'est-à-dire qu'elles naissent dans la tunique musculeuse. Elles peuvent rester interstitielles, mais presque toujours en croissant, et comme les autres tumeurs, elles se portent du côté où elles éprouvent le moins de résistance, soit du côté du péritoine, soit du côté de la muqueuse utérine. Quand le corps fibreux se développe du côté de la cavité utérine, qui est alors plus ou moins dilatée, il y forme une saillie coiffée par la muqueuse; et si cette saillie se pédiculise, l'hystérome devient polype.

On divise donc les corps fibreux en quatre classes : corps fibreux sous-péritonéaux, corps fibreux interstitiels, sous-muqueux et pédiculés ou polypes.

A ces tumeurs il convient d'ajouter les polypes muqueux, formés par l'hypergenèse des éléments de la muqueuse et surtout par les follicules de cette membrane (Courty).

Les glandes du col sont plongées dans du tissu utérin, entré en prolifération pour les contenir et

leur former un pédicule. Ces glandes peuvent être considérablement hypertrophiées. Les polypes muqueux ont un tissu muqueux peu résistant. En général, ils sont petits, quelquefois ils offrent assez de longueur pour descendre jusqu'au niveau de la vulve. Ils sont beaucoup moins fréquents que les polypes fibreux.

SYMPTÔMES.

Avant de parler des hémorrhagies que provoquent les tumeurs fibreuses de l'utérus, nous rappellerons rapidement les autres symptômes.

Dans sa période de développement, la tumeur peut passer inaperçue. Aran découvrit dans un utérus un tumeur fibroïde, du volume d'une tête de fœtus, qui n'avait donné lieu à aucun accident. Mais ce fait est rare. Dès que le corps fibreux a pris un certain volume, il donne lieu à des accidents, par compression sur les organes voisins. Les malades accusent des douleurs dans l'utérus, les aines, les lombes, les cuisses. Ces douleurs, qui parfois consistent en une simple sensation de pesanteur dans le bassin, peuvent en certains cas devenir très-vives. Les règles, quand les malades sont encore dans la période de sexualité, sont accompagnées de douleurs expulsives qui s'irradient, surtout le long du nerf sciatique.

La constipation survient souvent dès le début de la maladie. Avec la constipation existe de la dysurie

ou même une rétention complète d'urine. Cette rétention est causée par l'exagération de l'antéversion naturelle de la matrice sous l'influence de la tumeur, d'où compression de la vessie.

Parfois, de bonne heure, les malades sont affectées d'une leucorrhée plus ou moins abondante. Cet écoulement, tantôt muqueux, transparent ou opaque, tantôt purulent ou sanguinolent, répand quelquefois une odeur extrêmement fétide. La leucorrhée est la suite naturelle de la congestion utérine provoquée par la tumeur. Les glandes nombreuses de la muqueuse sont entourées d'un riche lacis vasculaire. « Ne peut-on pas admettre que l'écoulement blanc que l'on remarque est sous l'influence d'une circulation trop active, que la congestion soit plus vive, il y aura hémorrhagie par suite de la rupture des vaisseaux de la muqueuse. » (Carpentier-Méricourt, thèse de Paris, 1875.)

Nous ferons remarquer que dans les observations rapportées plus loin, la leucorrhée est un symptôme presque constant. Dans tous les cas que nous donnons de tumeurs insérées au col, l'écoulement blanc est très-abondant, de même que les hémorrhagies y sont considérables.

Un symptôme grave des tumeurs fibreuses de l'utérus est l'hémorrhagie. La perte de sang, le plus souvent, coïncide d'abord avec la perte menstruelle.

Les règles sont plus abondantes, leur durée est plus longue. Les ménorrhagies, dans la moitié des

cas, révèlent la présence de fibromes dans l'utérus. Chez les femmes qui ont passé l'âge critique, l'hémorrhagie est souvent aussi le premier accident que l'on constate.

Beaucoup de femmes se trompent sur la cause de ces pertes sanguines et sont heureuses de croire à la persistance de la menstruation. Elles cherchent même parfois à prolonger artificiellement une évacuation dont elles regardent la fin comme le terme de leur existence. La méprise peut être funeste et, en voulant rappeler le flux menstruel contre le vœu de la nature, elles risquent de provoquer des hémorrhagies dangereuses. (Royer-Collard.)

Les malades encore réglées souffrent de métrorrhagies répétées. Parfois, ce n'est qu'à de longs intervalles que survient ce fâcheux accident. Plusieurs années se passent, sans que les malades voient revenir l'hémorrhagie utérine. Mais ordinairement, surtout quand la tumeur se développe, les métrorrhagies sont plus fréquentes. Elles se succèdent rapidement; quelquefois même les malheureuses femmes perdent continuellement du sang.

Les hémorrhagies sont plus ou moins abondantes. Tantôt elles sont assez peu considérables pour n'amener aucun désordre dans la santé ou tout au moins pour n'avoir qu'une médiocre influence sur l'état général.

Tantôt elles sont d'une abondance extrême et alors elles provoquent l'anémie et tous ses symptômes, la décoloration des muqueuses, la faiblesse

musculaire, les palpitations, les vertiges, l'hypochondrie.

Dans certains cas, les malades perdent une quantité de sang si grande, que leur vie est en danger. Saxinger cite une mort par suite d'hémorrhagies spontanées, venues coup sur coup dans un cas de polype muqueux n'ayant subi aucune opération.

L'abondance de l'hémorrhagie varie suivant le siége de la tumeur.

Le sang exsude soit des capillaires et des veines développées dans l'épaisseur de la muqueuse utérine qui tapisse le reste de l'organe, soit de la portion de la muqueuse qui recouvre le reste de la tumeur. (Courty.)

On comprend que dans le cas où le corps fibreux touche la muqueuse, la congestion soit plus forte et par suite la perte de sang plus considérable.

Si très-exceptionnellement les tumeurs sous-péritonéales ont les symptômes hémorrhagiques des autres fibromes utérins, il est rare que les tumeurs sous-muqueuses ne produisent pas d'hémorrhagies. Les tumeurs interstitielles en amènent fréquemment quand elles siégent au col.

Quant aux polypes et ceux du col principalement, ils ont l'hémorrhagie pour symptôme presque constant.

Tous les auteurs n'admettent pourtant pas cette fréquence.

En parlant des polypes fibreux du col, Levret avait dit qu'ils ne produisaient jamais d'hémorrha-

gies. Roux soutenait qu'elles existaient toujours. D'après nos recherches, dit Malgaigne, il y a des faits des deux côtés, nous n'avons pas pu déterminer quel était le cas le plus fréquent.

En résumé, l'hémorrhagie augmente quand le corps fibreux, au lieu de rester interstitiel, devient sous-muqueux. Elle domine, comme symptôme, l'histoire des polypes, plus encore que celle des corps fibreux. (Courty.)

Nous appuyant sur les observations que nous avons recueillies, nous croyons pouvoir soutenir que la perte de sang est considérable quand la tumeur a son siége au col, beaucoup plus considérable que dans le cas où elle est implantée sur un point quelconque du corps de la matrice. Un fibrome interstitiel du col (observ. IX, Pitié), un polype du col donnent lieu à de plus abondantes hémorrhagies qu'un corps fibreux interstitiel, qu'un polype du corps.

Les métrorrhagies seront plus abondantes si les malades atteintes de corps fibreux de l'utérus sont soumises à d'autres causes prédisposantes. C'est ainsi qu'elles sont plus fréquentes à l'époque de la ménopause. Presque toutes nos observations sont prises sur des femmes arrivées à l'âge critique. Le tempérament, les émotions morales vives (Morgagni), la profession, l'intoxication saturnine (C. Paul), l'intoxication mercurielle (Bernutz), peuvent parfois provoquer le retour de l'hémorrhagie. Ou bien encore, c'est une simple action

physique ; l'application d'un pessaire, un effort, une chûte, l'abus du coït, qui donnent naissance à l'hémorrhagie.

D'où vient l'hémorrhagie ? Nous savons qu'au début elle n'est qu'une exagération du flux menstruel physiologique. Les ménorrhagies précèdent les métrorrhagies. Si les règles sont plus abondantes, l'activité fonctionnelle de la matrice doit être plus grande; le sang provient toujours de la muqueuse utérine. C'est l'irritation de l'organe gestateur qui produit les métrorrhagies. Ce sont de véritables flux sanguins anormaux.

Quand la malade doit perdre du sang, elle ressent souvent une sensation de pesanteur dans le ventre, les aines, les lombes; les mamelles se gonflent, elle a du prurit à la vulve, elle devient plus irascible, elle entre dans l'état nerveux de l'époque menstruelle. Le sang paraît et les accidents disparaissent. Dans beaucoup de cas, l'hémorrhagie vient surprendre les femmes à l'improviste.

Ne peut-on pas admettre que sous l'influence de l'excitation produite par la tumeur sur l'utérus, comme dans les règles par la rupture de la vésicule de Graaf et la descente de l'ovule, un mouvement de liquide sanguin se fait vers l'organe?

L'utérus est en même temps le point de provocation et le point de réception. Les vaisseaux, les nerfs coopèrent à ce mouvement fluxionnaire, en même temps que les muscles entrent en contraction et s'opposent au retour du sang veineux. Les

vaisseaux se dilatent, c'est une véritable congestion Que les mêmes phénomènes persistent, les capillaires se rompent et l'hémorrhagie a lieu.

La muqueuse utérine est donc le siége ordinaire de la métrorrhagie. La muqueuse qui revêt le polype y contribue dans le cas où elle est elle-même hypertrophiée et qu'elle possède des veines nombreuses.

On pourrait supposer que la titillation qu'exerce la tumeur sur la muqueuse amènerait une congestion assez forte pour produire l'hémorrhagie.

On a constaté qu'une tumeur fibreuse sous-péritonéale ne donnait en général pas d'hémorrhagie. Serait-ce à cause de son éloignement de la muqueuse?

Mais pourquoi l'hémorrhagie est-elle plus abondante quand la tumeur est insérée au col?

Le col s'il a des vaisseaux en aussi grand nombre que le corps, du moins n'en possède pas davantage, il ne peut donc pas donner plus de sang que le corps.

Il n'est pas possible d'admettre l'hémorrhagie par action réflexe, car, comme nous l'avons dit en faisant l'anatomie de la matrice, le col a des nerfs, mais en très-petit nombre.

On comprend l'abondance de l'hémorrhagie quand le polype est muqueux. Le polype muqueux est très-vasculaire, mais le polype fibreux est beaucoup plus fréquent et les pertes de sang qu'il amène sont aussi considérables.

Faut-il admettre une compression exercée sur le pédicule par le col utérin, compression qui empêcherait le retour du sang veineux de la tumeur, d'où congestion, puis rupture des vaisseaux ?

Cette hémorrhagie de la muqueuse qui entoure la tumeur s'ajouterait à l'hémorrhagie utérine. Du reste la présence du polype au col amène peut-être des contractions utérines plus répétées et plus fortes.

Nous n'avons trouvé dans aucun ouvrage, l'explication de ce phénomène. Certains auteurs remarquent, il est vrai, qu'un polype, si petit qu'il soit, inséré au col, peut donner lieu à de terribles hémorrhagies ; mais ils ne cherchent pas à en expliquer la raison.

Comme eux, nous voulons constater ce fait, et donner nos observations à l'appui.

Observations

Observation I (personnelle). — Hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 11, service du Dr Tillaux.

Guérin Marie, 33 ans, entre le 11 décembre 1875.

A eu sept enfants, le dernier a 31 mois. Toujours bien réglée avant son dernier accouchement.

Elle est malade pendant quatre mois, n'a vu que deux ou trois fois après son accouchement.

A nourri pendant six mois deux enfants, et a cessé de le faire au mois de juillet.

Un mois et demi après, elle est prise d'une perte qui dure

trois mois et demi, puis elle a, dit-elle, rendu de petites peaux.

Le 1 novembre, elle voit encore ses règles qui ont duré huit à dix jours.

Le 15, nouvelle et forte hémorrhagie utérine. On appelle une sage-femme qui donne une potion.

Pas de fausse couche.

Douleurs dans les reins et le bas-ventre; caillots utérins.

A eu des flueurs blanches.

Depuis le 15, les pertes n'ont pas cessé.

Etat actuel. La malade est faible, pâle. Rien du côté des principaux organes ; pertes assez fortes. Ventre peu sonore, non ballonné et indolent. A la pression on sent l'utérus gros et dur.

Au toucher — Col gros, dur, un peu rugueux. L'orifice est entre-ouvert, éraillé. Les lèvres sont grosses. On sent implantée sur la lèvre postérieure, au bord postérieur de l'orifice, une petite tumeur pédiculée, se déplaçant par le doigt.

L'utérus est mobile, peu douloureux. On tamponne trois fois, le 17, le 18 et le 19 décembre, pour des pertes abondantes. Potion cordiale. Décubitus horizontal, glace sur le ventre.

Dans le vagin, membranes qui sont probablement formées par de la fibrine.

Diagnostic. Polype du col, congestion utérine.

Reflexions. — Pendant que nous tenions cette malade en observation, nous avions sous les yeux, dans la même salle, uue autre femme atteinte de corps fibreux de l'utérus.

Nous faisons remarquer ici la différence qui existe entre ces deux femmes, au point de vue hémorrhagique.

Chez la femme porteuse du polype, nous constatons d'abondantes ménorrhagies et métrorrhagies, tandis que celle dont nous faisons l'histoire dans notre seconde observation et qui a passé l'âge cri-

tique, n'a jamais éprouvé la moindre perte de sang depuis la disparition de ses règles.

Observation II (personnelle). — Hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, service de M. Tillaux.

Le 27 novembre 1875, entre à l'hôpital la nommée Camille R...., âgée de 63 ans.

Elle n'a jamais souffert, n'a jamais eu de métrorrhagies, n'a plus ses règles depuis sept ans. A eu deux enfants.

Il y a huit jours, rétention d'urine sans cause appréciable. Cathétérisme très-difficile.

A son entrée à l'hôpital, elle n'a pas uriné depuis cinq jours. Ventre très-douloureux, gros. Tumeur formée par la vessie distendue, remontant au-dessus de l'ombilic.

Cathétérisme comme pour les femmes enceintes.

Ecoulement de trois litres d'urine environ.

On constate alors que l'utérus que l'on ne pouvait pas sentir d'abord est volumineux.

Au toucher. Tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

A la palpation abdominale, tumeur dure. Mouvements communiqués au col utérin.

Rétention d'urine, par compression du col vésical.

Le 15 décembre. Depuis plusieurs jours beaucoup de pus dans les urines, chaleur à l'entrée du vagin, dans l'urèthre. Cystite.

Injection d'eau alcoolisée. On la sonde tous les jours.

Elle sort de l'hôpital.

Diagnostic. Corps fibreux du corps de l'utérus.

Observation III (personnelle). — Hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, service du Dr Labbé.

Berthe X., âgée de 47 ans, couturière, entre à l'hôpital le 20 juillet 1876. Depuis un an elle a des pertes subites; jusqu'à cette époque elle avait été très-bien portante et bien réglée. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a onze ans.

Ces métrorrhagies sont très-fréquentes et ont amené une anémie extrême.

Dyspepsie, phénomènes nerveux.

Etat actuel. Anémie extrême, avec souffle au cœur et dans les carotides.

On trouve dans le fond du vagin un polype gros comme une petite pomme, inséré sur le paroi postérieure du col entre-ouvert.

Cette tumeur est isolée par un pédicule gros et court.

La muqueuse superficielle est molle, fongueuse, facilement déchirable.

Hémorrhagies après le toucher, tamponnement.

27 juillet. Opérée par l'écraseur de Chassaignac.

Petit polype type, lobulé.

Cautérisation au fer rouge de la muqueuse.

Le 30. Plus de pertes. La malade va très-bien et quitte l'hôpital.

Observation IV (personnelle).

La femme Lévy, couturière, âgée de 47 ans, entre le 25 juillet 1876, à la Pitié, dans le service du Dr Labbé.

Elle a eu deux enfants. Le dernier a 10 ans et demi.

Toujours bien réglée, jusqu'à il y a un an. Pas d'antécédents héréditaires.

Elle n'a jamais souffert que de l'estomac.

Il y a un an elle a eu une ménorrhagie qui dura trois mois; puis une perte très-abondante, qui survint tout à coup le matin, et pour laquelle on alla chercher un médecin.

Auparavant, avant chaque menstruation, elle avait senti des coliques dans le ventre.

Des pertes blanches succédèrent aux pertes de sang.

Depuis neuf mois, les règles s'arrêtent et sont remplacées par des pertes de longue durée, qui se renouvellent après quelques jours. En somme peu de répit. Urine facilement.

Un peu de constipation.

Si elle fait des efforts, le sang part.

Appétit diminué. Dyspepsie.

Etat actuel. La malade est pâle, amaigrie. Les muqueuses sont décolorées.

Souffle carotidien très-marqué.

Au toucher, on trouve au fond du vagin une tumeur sphérique, lisse, un peu fongueuse, bien circonscrite, pénétrant dans le col largement ouvert, et s'appliquant sur la paroi postérieure, où elle s'insère. Elle est grosse comme une petite orange.

La muqueuse est friable. Pas d'odeur. Le toucher provoque l'hémorrhagie, qu'on arrête par le tamponnement. On diagnostique un polype fibreux utérin, sorti du col.

Le 26. Ablation facile avec l'écraseur.

4 août. Pas d'hémorrhagie depuis l'ablation. État très-bon.

Le 5. Hémorrhagie abondante, qui ne cède que le 9 août. On fait des injections alcoolisées. La malade est guérie. Polype lobulé.

Reflexions. Ces deux observations viennent à l'appui de la première et sont une preuve de notre assertion. Ces deux malades présentaient des polypes insérés sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, et elles ont eu d'abondantes et fréquentes hémorrhagies, hémorrhagies si considérables, qu'une anémie extrême s'ensuivit.

Les observations que nous allons donner maintenant et qui sont personnelles à notre ami Schwartz, ne feront que confirmer les nôtres.

Observation V.

La nommée X... entre, le 24 avril 1874, dans le service de M. Demarquay, maison de santé Antoine-Dubois. Elle est âgée de 39 ans, a eu la fièvre typhoïde. Le père, rhumatisant, est mort d'un anthrax, et la mère d'une tumeur abdominale; veuve depuis onze ans.

Jamais de fausses couches.

En 1870, coliques violentes avec vomissements, métrorrhagies fréquentes et considérables. *Pertes blanches* également abondantes. Jamais de douleurs. Pas de constipation. Réten-

tion d'urine depuis quinze jours. Urine par regorgement. La malade s'affaiblit de plus en plus. Anémie complète.

Le 18 avril, pendant deux jours, la malade éprouve des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Elle exhale une odeur de gangrène très-forte. Par la vulve, il s'écoule un liquide sanieux très-fétide.

Au toucher, on trouve dans le vagin une tumeur fibreuse, pédiculée, pénétrant dans le col et s'insérant à sa surface.

Polyurie, polydipsie.

Il faut sonder la malade quatre fois par jour.

Le 30. Extirpation du polype avec le forceps à main. Déchirure du périnée. Injection au permanganate de potasse et à l'eau. On sonde la malade toutes les heures. Toujours polyurie et polydypsie.

1er mai. État assez satisfaisant. Faiblesse moins grande. Mêmes symptômes, toujours polyurie et polydipsie. Aucune douleur abdominale.

Le 4. Mouvement fébrile le soir. Injections toutes les trois heures, à cause de la mauvaise odeur des liquides qui s'écoulent encore par la vulve. La malade a toujours besoin d'être sondée. Cependant, la rétention d'urine est moins complète.

Le 5. Urines fortement phosphatiques et ammoniacales.

Injections d'eau de guimauve dans la vessie.

Le 6. Mouvement fébrile. Frissons, écoulement purulent par la vulve de très-mauvaise odeur, malgré des lavages fréquents. Urine fétide. Vin de quinquina.

Le 7. Urine sans mauvaise odeur. Lavages répétés et injections d'eau de guimauve.

Le 8. Plus d'odeur. On la sonde encore, anémie persistante. Teinture de noix vomique. Eau de Spa.

Le 10. Vomit tous les aliments qu'elle prend. Selles lientériques. Urine sans qu'on la sonde. Régime lacté. Surfaces de déchirure ont un mauvais aspect.

Le 11. Viandre crue, 200 grammes. Bouillon, Eau de Seltz.

A chaque repas exagéré du soir, on donne 2 gouttes de laudanum.

Le 12. Elle vomit, même la viande crue; on la met au régime lacté.

Le 13. Application du marteau de Mayor sur le creux épigastrique. Lavement de vin. Lait coupé avec de l'eau de

Vichy. N'a pas vomi aujourd'hui. On trouve, au premier temps et à la base, un souffle qui se propage dans les vaisseau du cou.

Le 14. Elle est prise d'un écoulement nasal très-abondant. Accès d'étouffement. Le soir un peu de paralysie du voile du palais. Gonflement du cou, mal de gorge; à l'examen, on ne découvre pas de fausses membranes. Plus de vomissements.

Nous n'avons pas parlé des complications des corps fibreux de l'utérus. Si l'on excepte l'hémorrhagie qui constitue la maladie même plutôt qu'elle n'est un symptôme, les accidents amenés par ces tumeurs sont rares. Nous mettons aussi la péritonite de côté.

La gangrène a été cependant observée et nous en donnons un exemple dans l'observation qui précède. En ce cas, comme toujours, c'est une complication grave qui peut avoir des résultats funestes.

Observation VI.

Le 15. La nommée C. B..., âgée de 37 ans, entre dans le service de M. Demarquay, le 10 juin 1874.

Mariée, a eu deux enfants, a été toujours bien réglée.

Depuis dix mois, ménorrhagies et métrorrhagies abondantes ; flueurs blanches, pas de douleurs.

Au toucher, dans le fond du vagin, on trouve un polype gros comme un œuf de poule, prenant insertion sur le col utérin.

11 juin. Opération avec l'écraseur, section du pédicule. Pas de sang. Injection d'eau.

Le 13. État très-bon qui continue.

Le 20. La malade se lève et le 21 elle sort.

Observation VII. — Service de M. Demarquay.

Service de M. Demarquay. Marie L., femme de 47 ans, ma-

riée, a deux enfants, le dernier il y a huit ans. Fausse couche il y a six ans. Toujours bien réglée.

Elle entre à l'hôpital le 14 juin 1874. Elle est malade depuis vingt mois environ. Hémorrhagies très-abondantes qui ont duré uu an ; d'abord ménorrhagies, puis métrorrhagies Flueurs blanches. Mauvaise odeur. Depuis quatre mois, plus de pertes. Traitée par l'ergotine.

Douleurs, depuis cette époque, dans le ventre, les lombes, les cuisses et les jambes.

Appétit conservé, et cependant elle maigrit et perd ses forces. Constipation. Urine facilement. Souffle au premier temps et à la base. Muqueuses décolorées. Vertiges. Anémie très-grande.

Au toucher,on trouve le col largement entre-ouvert et permettant l'entrée facile de la phalangette. La lèvre postérieure du col est grosse.

On trouve là comme un corps fibreux.

Je penche donc pour le corps fibreux interstitiel.

Le 16. Nouvel examen. C'est un polype qui maintenant est sorti de l'orifice du col, polype gros comme un œuf de poule, lisse.

Le 20. Le polype a son insertion sur la paroi extérieure du col. On l'enlève.

Le 26. Tout va bien, et cependant la malade reprend difficilement ses forces.

Le 4 août. La malade se lève, elle n'a plus de pertes ; mais elle est toujonrs pâle.

Le 11. La malade demande à sortir.

Observation VIII.

Eugénie B..., âgée de 40 ans, entre dans le service de M. Demarquay, le 23 novembre 1874.

D'une constitution robuste. S'est mariée à 21 ans ; n'a jamais eu d'enfants.

Toujours mal réglée.

Ménorrhagies depuis quinze ans. La dernière perte date de deux mois.

De plus, elle a des pertes blanches continuelles.

Elle fait remonter son mal à huit ans. Il y en a sept qu'on lui enleva une partie de la tumeur. Pendant cinq à six ans les pertes furent plus rares.

Elle a toujours ressenti des douleurs dans le ventre, les cuisses et les aines.

Constipation opiniâtre; urines normales. Malgré ces symptômes, l'état général est bon.

Au palper. Le ventre volumineux, gros, est peu sensible et dur dans la fosse iliaque gauche. Pas de tumeur nettement limitée.

Au toucher : tumeur molle, fongueuse, saignant facilement, insérée sur le bord postérieur du col avec lequel elle fait corps.

Le col est entre-ouvert.

Le 28 novembre. Opération. Ablation avec l'écraseur, d'une tumeur grosse comme un œuf, molle, noirâtre, avec bosselures à la surface. Tamponnement après l'opération.

Décubitus dorsal. Potion avec extrait de ratanhia, 4 gr., et ergotine, 2 grammes. Compresses d'eau froide.

Le soir, pas d'hémorrhagie. Suintement séro-sanguin.

Le 3 décembre. Pas d'accidents. Fièvre légère le soir.

Le 11. Un morceau de polype reste encore. La malade va bien.

Le 19. Application d'une flèche de pâte de Canquoin.

Examen de la tumeur. Angiome caverneux.

Observation IX. — Service de M. Labbé. Hôpital de la Pitié. 25 février 1876.

La nommée de Noumille, âgée de 44 ans, a eu trois enfants le dernier, il y a onze ans.

Toujours bien portante.

Métrorrhargies datant du mois de décembre dernier, d'une abondance extraordinaire. La malade est continuellement dans le sang.

A son entrée, extrême anémie. Teinte cireuse; taches ecchimotiques sur les jambes, comme du purpura. Pouls très-petit.

Métrorrhargies qui nécessitent le tamponnement.

A l'examen, on trouve un corps fibreux de la lèvre antérieure du col, enserré par la lèvre postérieure.

Col est ouvert.

Surviennent plusieurs métrorrhagies qui mettent la malade dans un état très-grave.

Langue sèche. Pouls imperceptible ; subdélirium. Perte de connaissance ; vomissements incoercibles. Elle rend même les médicaments et les boissons alimentaires.

Lavements de bouillon. Glace à l'intérieur. Sulfate de quinine.

Le 20. Diarrhée. Les vomissements cessent. La malade va mieux.

Le facies revient.

Le 17 juin. Hors de danger.

5 juillet. Se relève de plus en plus, sous l'influence du fer qu'on lui fait prendre.

Part à Vincennes.

Cette observation et la suivante sont de toutes les plus concluantes. Dans les deux cas, les hémorrhagies furent tellement abondantes qu'une anémie extrême s'ensuivit. L'existence de la malade de l'observation IX fut compromise.

L'objet de l'observation suivante est un polype intermittent, M. le Dr Demarquay l'extirpe le 20 juillet, et moins d'un mois après la malade sort guérie de son service. L'opération fait disparaître le mal en supprimant la cause. Elle rend aux malades un service tel que la thérapeutique de ces tumeurs, disait Velpeau, constitue un des plus beaux triomphes de la chirurgie.

Observation X.

La nommée B. (J.), âgée de 48 ans, entrée à l'hôpital le 25 juin, dans le service de M. Demarquay, à l'hôpital Antoine-Dubois, pour des pertes continuelles qui l'épuisent considérablement.

Mariée, elle a eu cinq enfants.

Elle a toujours été bien réglée jusqu'à il y a cinq ans.

Depuis deux ans, elle a eu des ménorrhagies très-abondantes, avec des pertes blanches. Les liquides qui s'écoulent n'ont pas d'odeur.

Elle a éprouvé des douleurs, quelquefois très-violentes, dans le bas-ventre et les aines.

Constipation opiniâtre.

Elle urine facilement.

Pas de maladie héréditaire dans la famille.

Elle a beaucoup maigri depuis; elle dit avoir rendu des fragments de tœnia.

Etat actuel. Arrivée au dernier degré de l'anémie.

La face est pâle et cireuse. Souffle, au premier temps, à la base du cœur, se propageant dans les vaisseaux du cou. Jambes œdématiées.

La malade perd continuellement du sang mélangé à de la sérosité.

Le liquide est roussâtre, mais non infect.

Au toucher vaginal, on constate un prolapsus de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin.

Le col est gros, fongueux, parsemé de petits points noirs, comme s'il s'était fait des hémorrhagies à ce niveau.

Les culs-de-sac sont sains. La cavité utérine contient de petits caillots.

La malade est allée voir M. Ricord qui nous l'envoie avec le diagnostic : polype ; cependant on ne trouve rien qui ressemble à une production de ce genre.

On pense plutôt à une métrite hémorrhagique. On applique trois tampons de ouate, imbibés de perchlorure de fer au tiers. Vin de quinquina, sirop de perchlorure de fer, limonade sulfurique.

Le 1er juillet. La malade perd toujours très-abondamment. On l'examine de nouveau. Cette fois on trouve un polype assez volumineux, engagé dans l'orifice externe du col utérin.

Le pédicule s'insère très-haut ; on ne peut le limiter.

On a donc affaire à un polype intermittent.

Le 5. Fièvre le soir. Anémie de plus en plus profonde ; elle prend une potion d'ergotine.

Les pertes continuent.

Le soir, le polype est de nouveau rentré; on ne le sent plus dans le vagin.

Le 8. Le polype est à peu près hors de la cavité utérine. On le saisit avec des pinces de Museux. On parvient à le faire sortir complètement. On passe sur son pédicule une chaîne d'écraseur. Extraction. Il a le volume d'un œuf de poule. Fibreux avec cavités kystiques.

Peu de sang pendant l'opération.

Le 20. La malade n'a plus eu d'hémorrhagies depuis l'opération.

Sa figure se colore; elle mange, se lève. En un mot, son état général devient tous les jours meilleur.

Le 2 août. La malade a des pertes très-abondantes.

Le 12. Elle a encore quelques petites pertes blanches, mais elle sort guérie.

Reflexions. — Dans la *Revue médicale*, dirigée par M. Hayem (année 1876), nous trouvons un cas analogue publié par M. Underhill dans le *Medical Journal* d'Edinburgh (juin 1875).

M. Underhill chercha à donner une explication de ce fait. Le pédicule lui parut trop grêle pour pouvoir par sa rétraction ramener dans l'utérus une tumeur assez volumineuse, il admit donc l'hypothèse suivante: « Je crois, dit-il, que le phénomène est dû à une sorte d'aspiration exercée par le polype, par la contraction de l'utérus lui-même. »

Le polype dont nous avons fait l'histoire dans notre observation était très-vasculaire et présentait des sinus pouvant s'effacer par la contraction; M. Demarquay croyait qu'il existait un lien entre l'apparition intermittente du polype et sa vascularité.

Quoi qu'il en soit, ces théories ne sont pas encore

démontrées, et le mécanisme du phénomène de l'intermittence n'a pas reçu une explication satisfaisante.

Nous pourrions citer de plus nombreuses observations empruntées aux auteurs et aux journaux.

En terminant, qu'il nous soit permis de prendre le cas qui à servi de sujet à une leçon clinique de M. le professeur Gosselin.

La tumeur que portait la malade, était un polype fibreux implanté sur le col utérin, un fibro-myôme. « Voilà dix mois disait la malade, que je perds du sang presque constamment. Je n'ai jamais eu de douleur, mais malgré la conservation de l'appétit, mes forces s'en vont de jour en jour.

La pauvre femme était en effet décolorée, souffrait de palpitations, avait le pouls fréquent et dépressible.

Nous avions sous les yeux dit M. le professeur Gosselin, tous les symptômes d'une anémie prononcée, et dont la cause, facile à trouver, était l'abondance et la continuité des pertes sanguines. La malade fut opérée et elle guérit rapidement.

CONCLUSION.

Des observations qui précèdent, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs fibreuses de l'utérus, sont graves en partie par les hémorrhagies qu'elles provoquent.

2° L'hémorrhagie est toujours plus abondante quand la tumeur siége au col de la matrice.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théories sur la constitution chimique des sels, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres, lois de Berthollet et de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur siructure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges de monocotylédonnés de celles des dycotylédonés. Théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histotologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides, mous et solides; des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations.

Thérapeutique. — Des indications de la médication topique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — Des paralysies symptômatiques de la grossesse.

Vu, bon à imprimer,
GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.